



LaPOST

A HEALTH CARE QUALITY FORUM INITIATIVE

DISCLAIMER

The Louisiana Physician Orders for Scope of Treatment (LaPOST) document is a physician order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on an easily identifiable gold form and signed by both the physician and patient, LaPOST specifies the types of medical treatment that a patient wishes to receive at the end of life. This is a Spanish translation of the LaPOST form. The translated form is for educational purposes and is to be used only when discussing a patient's wishes to be documented on the LaPOST form. **The signed LaPOST form must be in English to ensure that emergency personnel can read and follow the orders.**

El documento titulado "Louisiana Physician Orders for Scope of Treatment ("LaPOST" por sus siglas en inglés) ú "Órdenes del Doctor para el Alcance de su tratamiento del Estado de Louisiana" refleja las órdenes de su doctor y otorga mayor control a su paciente sobre los cuidados del fin de vida. El documento LaPOST es un formulario dorado, fácilmente reconocible, el cual deberá ser ejecutado (firmado) tanto por su doctor como por el paciente, el cual especifica los tipos de tratamiento médicos que el paciente desea recibir hacia el final de su vida. Ésta es una traducción al español del dicho documento. Ésta traducción, con propósitos educativos, será utilizada solo cuando se quiera documentar los deseos del paciente en el documento LaPOST. **El formulario ejecutado (firmado) LaPOST deberá ser en inglés para asegurarnos que el personal de emergencia pueda entenderlo y así seguir las instrucciones.**

**OCHSNER HEALTH SYSTEM
INSTRUCCIONES ANTICIPADAS**

**PODER NOTARIAL PARA DECISIONES
SOBRE ATENCIÓN MÉDICA**

**Persona a quien he designado para que tome decisiones sobre atención
médica por mí cuando yo no pueda tomarlas por mi propia cuenta**

Si yo, _____, estando actualmente en mi sano juicio, ya no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, otorgo el Poder notarial de atención médica a la siguiente persona:

Nombre de la persona como primera opción: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Si esta persona no puede o no desea tomar dichas decisiones por mí, O si está divorciada o legalmente separada de mí, O si ha fallecido, las personas como opciones alternativas son las siguientes:

Nombre de la persona como segunda opción: _____ **Nombre de la persona como tercera opción:** _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Entiendo que la persona que tenga el Poder notarial de atención médica puede tomar decisiones de atención médica por mí, incluidas las decisiones relacionadas con evitar o cesar procedimientos de soporte vital.

La persona con el Poder notarial de atención médica tiene plena autoridad para tomar dichas decisiones de manera efectiva, completa y plena, y a todos los efectos y propósitos, con la misma validez que si dichas decisiones las hubiera tomado yo mismo.

Este Poder notarial de atención médica tiene entrada en vigor inmediata y revoca y reemplaza todo Poder notarial de atención médica que yo haya otorgado previamente. Este Poder notarial de atención médica continuará en vigor hasta que sea revocado.

He preparado y firmado esta declaración el día _____ del mes de _____ del año _____ ante la presencia de los testigos abajo firmantes, quienes no tienen derecho a parte alguna de mis bienes sucesorios.

Firma: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

CONFIRMACIÓN DE LOS TESTIGOS: Conozco y he conocido personalmente al declarante, y considero que está en su sano juicio. No estoy relacionado con el declarante por consanguinidad ni matrimonio y no tendría derecho a parte alguna de sus bienes sucesorios cuando él o ella muera. Estuve presente de manera física y fui testigo en persona de la declaración antedicha realizada por el declarante.

FIRMA DEL TESTIGO/Nombre del testigo en letra de imprenta/Fecha/ Hora

FIRMA DEL TESTIGO/Nombre del testigo en letra de imprenta/Fecha/Hora

**OCHSNER HEALTH SYSTEM
INSTRUCCIONES ANTICIPADAS
TESTAMENTO VITAL**

**EVITAR O CESAR PROCEDIMIENTOS
DE SOPORTE VITAL
(LA.REV.STAT.40:1299.58.3)**

El tipo de tratamiento médico que deseo o que no deseo recibir

Yo, _____, considero que mi vida es valiosa y que merezco que me traten con dignidad. En el caso de que yo esté muy enfermo y no pueda expresarme, quisiera que mis deseos se respeten y se cumplan. Las instrucciones que incluyo en esta sección son para informar a mis familiares, mis médicos, otros proveedores de atención médica, mis amigos y otras personas sobre el tipo de tratamiento que deseo o que no deseo recibir.

Si, en cualquier momento, llego a tener una lesión, enfermedad o trastorno incurable, o estoy en un estado de coma profundo sin probabilidades razonables de recuperación y dos médicos que me han examinado personalmente, uno de los cuales es el médico que me atiende, certifican que estoy en un estado terminal e irreversible y determinan que mi muerte ocurrirá independientemente del uso de procedimientos de soporte vital, los cuales solo tendrían el propósito de prolongar de manera artificial el proceso de mi muerte, deseo que se sigan las siguientes instrucciones.

(Elija *una* de las siguientes opciones):

- Que se eviten o cesen todos los procedimientos de soporte vital, incluidas la nutrición y la hidratación, para que no me administren alimentos y agua de manera invasiva.
- Que se eviten o cesen los procedimientos de soporte vital, excepto la nutrición y la hidratación, para que puedan administrarme alimentos y agua de manera invasiva.

Asimismo, indico que me permitan morir de manera natural únicamente con la administración de medicamentos o con la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para brindarme atención paliativa.

En caso de que yo no pueda dar indicaciones con respecto al uso de tales procedimientos de soporte vital, es mi deseo que mi familia y los médicos cumplan con esta declaración como manifestación final de mi derecho legal de negarme a recibir tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal denegación.

Comprendo todos los alcances de esta declaración y tengo la capacidad mental y emocional para tomar esta decisión.

He preparado y firmado esta declaración el día _____ del mes de _____ del año _____
ante la presencia de los testigos abajo firmantes, quienes no tienen derecho a parte alguna de mis bienes sucesorios.

Firma: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

CONFIRMACIÓN DE LOS TESTIGOS: Conozco y he conocido personalmente al declarante, y considero que está en su sano juicio. No estoy relacionado con el declarante por consanguinidad ni matrimonio y no tendría derecho a parte alguna de sus bienes sucesorios cuando este muera. Estuve presente de manera física y fui testigo en persona de la declaración antedicha realizada por el declarante.

FIRMA DEL TESTIGO/Nombre del testigo en letra de imprenta/Fecha/ Hora

FIRMA DEL TESTIGO/Nombre del testigo en letra de imprenta/Fecha/Hora

PRESCRIPCIONES DE MÉDICOS DE LUISIANA DESTINADAS AL ALCANCE DEL TRATAMIENTO (LaPOST)

PRIMERO siga estas prescripciones, **LUEGO** contacte al médico. El siguiente es un formulario de Prescripción Médica basado en las preferencias y condiciones clínicas de la persona. Cualquier sección que no se complete implica tratamiento completo para dicha sección. Las LaPOST complementan una Directiva Anticipada y no pretenden sustituir dicho documento. Todas las personas deben ser tratadas con dignidad y respeto. Por favor, visite www.La-POST.org para obtener información sobre "qué dice mi patrimonio cultural/religioso sobre la atención al final de la vida."

APELLIDO

PRIMER NOMBRE/SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO (OPCIONAL)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD TERMINAL DEL PACIENTE DE Y CONDICIÓN IRREVERSIBLE:

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN:

A. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR según la sigla en inglés): LA PERSONA NO REACCIONA, SIN PULSO Y NO RESPIRA

- ESCOJA UNO CPR/Intentar la reanimación (requiere tratamiento completo en la sección B)
 DNR (según la sigla en inglés)/No Intentar la reanimación (permitir la muerte natural)

Cuando no se encuentra en parada cardiorrespiratoria, seguir las órdenes en **B y C.**

B. INTERVENCIONES MÉDICAS: PERSONA TIENE PULSO O ESTÁ RESPIRANDO

- ESCOJA UNO **TRATAMIENTO COMPLETO** (el principal objetivo es prolongar la vida por todos los medios eficaces desde el punto de vista médico) Utilizar tratamientos en el Tratamiento Selectivo y Tratamiento Enfocado en el Confort. Use ventilación mecánica, intervenciones avanzadas de la vía aérea y cardioversión en caso de ser indicado.
- TRATAMIENTO SELECTIVO** (el principal objetivo es el tratamiento de las condiciones médicas, evitando tratamientos opresivos) Utilice el Tratamiento Enfocado en el Confort. Utilice tratamiento médico, incluyendo antibióticos y líquidos por vía intravenosa como se indica. Puede utilizar presión positiva no invasiva de la vía aérea (CPAP / BiPAP). No entubar. Generalmente evitar cuidados intensivos.
- TRATAMIENTO ENFOCADO EN EL CONFORT** (el principal objetivo es maximizar la comodidad) Utilice la medicación por cualquier vía para proporcionar alivio del dolor y los síntomas. Utilice oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de la vía aérea, según sea necesario para aliviar los síntomas. (No utilice tratamientos indicados en el tratamiento completo o selectivo a menos que sean compatibles con los objetivos de la atención. Transfiera al hospital SÓLO si el tratamiento enfocado en el confort no puede ser proporcionado en las condiciones actuales).

PRESCRIPCIONES ADICIONALES: (Por ejemplo, diálisis, etc.)

La nutrición e hidratación médicamente asistida es opcional cuando

- no puede esperarse razonablemente prolongar la vida
- la opción sería más opresiva que beneficiosa
- podría causar una molestia física significativa

C. LÍQUIDOS Y NUTRICIÓN ADMINISTRADOS ARTIFICIALMENTE: (siempre ofrezca alimentos/líquidos por vía oral según la tolerancia)

- ESCOJA UNO Sin nutrición artificial por sonda.
 Período de prueba de nutrición artificial por sonda. (Objetivo: _____)
 Nutrición artificial por sonda a largo plazo. (Si es necesario)

D. RESUMEN

Discutido con: Paciente (el paciente tiene esa capacidad) Representante de Atención de Salud Personal (PHCR según la sigla en inglés)

La base de estas prescripciones es la siguiente:

- ESCOJA UNO DE CADA COLUMNA
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La declaración del paciente (puede ser oral o no verbal) | <input type="checkbox"/> Instrucción Anticipada con fecha _____, disponible y revisada |
| <input type="checkbox"/> Representante de Atención de Salud Personal del paciente (paciente cualificado sin capacidad) | <input type="checkbox"/> Instrucción Anticipada no disponible |
| <input type="checkbox"/> Instrucción Anticipada del Paciente, si es indicado, el paciente deberá haber completado un documento adicional que proporciona una guía para las medidas de tratamiento si él o ella pierde la capacidad de tomar la decisión médica. | <input type="checkbox"/> Sin Instrucción Anticipada |
| <input type="checkbox"/> La reanimación no tendría un efecto médico beneficioso. | <input type="checkbox"/> El agente de atención médica ha sido nombrado en la Instrucción Anticipada: |
- Nombre: _____
Teléfono: _____

Este formulario es voluntario y las firmas a continuación indican que las prescripciones del médico son consistentes con la condición médica y el plan de tratamiento del paciente y reflejan los deseos conocidos o son en el mejor interés del paciente sujeto de este documento.

NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRAS DE IMPRENTA FIRMA DEL MÉDICO (OBLIGATORIO) NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO FECHA (OBLIGATORIO)

NOMBRE DEL PHCR O DEL PACIENTE EN LETRAS DE IMPRENTA FIRMA DEL PHCR O DEL PACIENTE FECHA (OBLIGATORIO)

RELACIÓN CON EL PHCR

DIRECCIÓN DEL PHCR

NÚMERO DE TELÉFONO DEL PHCR

ENVIAR FORMULARIO CON LA PERSONA CADA VEZ QUE ES TRANSFERIDA O DADA DE ALTA

USO DEL FORMULARIO ORIGINAL SE RECOMIENDA ENCARECIDAMENTE. FOTOCOPIAS Y FAX DEL FORMULARIO FIRMADO DE LaPOST SON OPCIONES LEGALES Y VÁLIDAS.

APELLIDO

NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

INSTRUCCIONES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

COMPLETAR LAS LaPOST

- Deben ser completadas por un médico y su paciente o el representante personal de cuidados médicos en base a las condiciones médicas y las preferencias de tratamiento del paciente.
- Las **LaPOST** deben ser firmadas por un médico y el paciente o PHCR, para ser válidas. Las prescripciones verbales son aceptables cuando provenientes del médico y el consentimiento verbal puede obtenerse a partir del paciente o del PHCR de acuerdo con la política de la comunidad o del establecimiento.
- Se recomienda encarecidamente el uso del formulario original de colores brillantes. Las fotocopias y fax del formulario firmado de las **LaPOST** son opciones legales y válidas.

USO DE LaPOST

- Completar un formulario de **LaPOST** es una opción voluntaria. La ley de Louisiana requiere que una formulario de **LaPOST** sea observado por los proveedores de atención de salud y proporciona inmunidad a aquellos que las cumplen de buena fe. En el ámbito hospitalario, el paciente será evaluado por un médico quien va a emitir las prescripciones apropiadas consistentes con las preferencias del paciente.
- Las **LaPOST** no reemplazan a la instrucción anticipada. Cuando esté disponible, revise la instrucción anticipada y el formulario de **LaPOST** para asegurar la consistencia y formas de actualización apropiadas para resolver cualquier conflicto.
- El representante de cuidado de la salud personal incluye personas descritas que pueden dar su consentimiento al tratamiento quirúrgico o médico de acuerdo con la disposición RS 40:1159.4 y puede ejecutar el formulario de **LaPOST** sólo si el paciente carece de capacidad.
- Si se traduce el formulario, debe estar unido a un formulario de **LaPOST** firmado y en INGLÉS.
- Cualquier sección de **LaPOST** que no se complete implica el tratamiento completo para dicha sección.
- Un desfibrilador externo semiautomático (AED según la sigla en inglés) no se debe utilizar en una persona que ha elegido "No Intentar la Reanimación."
- La nutrición e hidratación asistidas médicamente son opcionales cuando no se puede esperar prolongar la vida en forma razonable, serían más opresivas que beneficiosas o podrían causar una molestia física significativa.
- Cuando el confort no se puede lograr en la configuración actual, la persona, incluyendo alguien con "Tratamiento enfocado en el confort," debe ser transferida a un ámbito capaz de proporcionar dicho confort (por ejemplo, la colocación de clavos en una fractura de cadera).
- Una persona que elige "Tratamiento selectivo" o "Tratamiento enfocado en el confort" no debe ser ingresada en un sistema de trauma de nivel I.
- Los medicamentos vía parenteral (IV/subcutánea) para mejorar el confort pueden ser apropiados para una persona que ha elegido "tratamiento enfocado en el confort."
- El tratamiento de deshidratación es una medida que puede prolongar la vida. Una persona que desea líquidos por vía intravenosa debe indicar "Tratamiento selectivo" o "Tratamiento completo."
- Una persona con capacidad o el representante personal (si el paciente carece de capacidad) puede revocar las **LaPOST** en cualquier momento y solicitar un tratamiento alternativo basado en los deseos conocidos de dicha persona o, si los mismos no se conocen, en el interés superior de dicha persona.
- Por favor, visite www.La-POST.org para obtener información sobre "qué dice mi patrimonio cultural/religioso sobre la atención al final de la vida."

El deber de la medicina es cuidar a los pacientes, incluso cuando no se pueden curar. Los médicos y sus pacientes deben evaluar el uso de la tecnología disponible para su situación médica personal. Los juicios morales sobre el uso de la tecnología para mantener la vida deben reflejar la dignidad inherente a la vida humana y el propósito de la atención médica.

REVISIÓN DE LaPOST

Estas **LaPOST** deben ser revisadas periódicamente, como por ejemplo cuando la persona se transfiere de un ámbito de atención o nivel de cuidados a otro, o si existe un cambio sustancial en el estado de salud de la misma. Un nuevo formulario de **LaPOST** debe ser completado si el paciente desea hacer un cambio sustancial en su objetivo de tratamiento (por ejemplo, la reversión de la instrucción anterior). Al completar un nuevo formulario, el formulario anterior debe ser correctamente anulado y retenido en el expediente médico.

Para anular el formulario de **LaPOST**, tache "Prescripciones del Médico" y escriba "ANULADO" en letras grandes. Debe ser firmado y fechado.

REVISIÓN DE ESTE FORMULARIO LaPOST

FECHA DE REVISIÓN, Y HORA	REVISOR	LUGAR DE LA REVISIÓN	RESULTADOS DE LA REVISIÓN
			<input type="checkbox"/> Sin cambios <input type="checkbox"/> Formulario anulado y nuevo formulario completado
			<input type="checkbox"/> Sin cambios <input type="checkbox"/> Formulario anulado y nuevo formulario completado
			<input type="checkbox"/> Sin cambios <input type="checkbox"/> Formulario anulado y nuevo formulario completado
			<input type="checkbox"/> Sin cambios <input type="checkbox"/> Formulario anulado y nuevo formulario completado

ENVIAR FORMULARIO CON LA PERSONA CADA VEZ QUE ES TRANSFERIDA O DADA DE ALTA

USO DEL FORMULARIO ORIGINAL SE RECOMIENDA ENCARECIDAMENTE. FOTOCOPIAS Y FAX DEL FORMULARIO FIRMADO DE LaPOST SON OPCIONES LEGALES Y VÁLIDAS.